**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

…………………….......................................................................................................................................

Numer właściwej Izby Lekarskiej lub innego organu rejestrowego – jeżeli dotyczy:

……….....................................................................................................................................................

Regon:

……………...............................................................................................................................................

NIP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bank:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres praktyki :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…...

Telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania :

……………………………………………...............................................................................................................

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z wzorem umowy i przyjmuję ja bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Decyzją nr 145/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 13 lipca 2017r. ( poz. 157 )

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji – **wypełnić odpowiedni zakres:**

1. **CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie andrologii** przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**
1. **CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie genetyki klinicznej** przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**
1. **CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie immunologii klinicznej** przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**
1. **CPV 85110000-3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dietetyki** przez lekarza w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 30 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**
1. **CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii** w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy i Poradni Ginekologii Onkologicznej przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 40 godz. w miesiącu ) – 1 psycholog;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**
1. **CPV 85121210-8 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii** w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 30 godz. w miesiącu ) – 1 leka
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.11.2018r. do dnia 30.06.2020r.**

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

2. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. nr 293
poz. 1729).

3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

5. Przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych osobowych jest  4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką  SP ZOZ we Wrocławiu, reprezentowany przez Komendanta z siedzibą przy ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław;
* Dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi osób zatrudnionych na podstawie umów cywilono-prawnych w 4.WSzKzP SPZOZ;
* Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych;
* Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z przepisów Prawa Pracy,
w szczególności z Ustawy Kodeks Pracy.
* Szczegóły dotyczące przetwarzania danych osobowych opisane są w „Polityce prywatności ochrony danych osobowych” i dostępne są na stronie [www.4wsk](http://www.4wsk).pl – zakładka ABC Pacjenta

 ….....................................................

 Data ( pieczątka i podpis )